

Por favor retornarlo dentro de 10 días laborables

**CONDADO FAIRFAX OFICINA PARA NIÑOS  
PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR  
12011 GOVERNMENT CENTER PARKWAY, 9no PISO  
FAIRFAX, VIRGINIA 22035  
SEPTIEMBRE 2003 - AGOSTO 2004**

**TRABAJADOR AUTÓNOMO FORMULARIO DE INFORMACIÓN  
(trabajador autónomo menos de 12 meses)**

[Este formulario no es requerido si Ud. va a pagar el precio total.]

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono del Negocio \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Duración en Tiempo en el Negocio \_\_\_\_\_

**INGRESOS**

1. Inicio del año hasta la fecha, Total del Ingreso Bruto (todos los ingresos antes de los gastos)  
\$ \_\_\_\_\_
2. Total del Ingreso Bruto, cálculo por 12 meses  
(línea 1 dividida por el número de meses en operación) x 12 \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS**

Use gastos que son aceptados por el IRS (se refiere al Formulario 1040 del IRS Listado C). [Recibos pueden ser requeridos.]

3. Inicio del año hasta la fecha, Total de Gastos \$ \_\_\_\_\_
4. Total de Gastos, cálculo por 12 meses  
(línea 3 dividida por el número de meses en operación) x 12 \$ \_\_\_\_\_

**INGRESO NETO**

5. Total del Ingreso Bruto menos el Total de Gastos (restar línea 4 de 2) \$ \_\_\_\_\_

El Total del Precio será cobrado a cualquier persona que no haya entregado toda la documentación de ingresos y gastos. Los Precios serán ajustados (si es aplicable) desde el momento de recepción en adelante, no de cuentas anteriores.

El sueldo mínimo Federal por año será utilizado si el ingreso del negocio es menos que el sueldo mínimo.

Yo certifico que trabajo un mínimo de 30 horas por semana, y que es verdad la declaración financiera rigurosa de mis negocios. Yo entiendo que esta declaración será auditada y que el proporcionar información incorrecta o errónea es ilegal y puede resultar en la pérdida del servicio de cuidado de niños. Yo notificaré a la Registración de SACC de cualquier cambio en la información que consta arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**¿PREGUNTAS? LLAME A LA REGISTRACIÓN DE SACC 703-449-8989  
FAX 703-324-3007**